

事業所名

マハナイム陽光台

相談受付票をFAXしてください。

0439-29-6493

相談受付票

□相談のみ □見学希望  
□体験希望 □入居希望

受付者：【 】 受付日：平成 年 月 日（ ）

相談者	様	方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族（ ） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 病院（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
電話番号	- -	FAX	-	-	

利用者氏名	様	生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 才）			
住所	〒 -					
電話		その他連絡先				
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人 <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名： ）					
介護度	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3 介護4 介護5	被保番号
介護保険申請	中	未	済	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
介護保険サービス利用状況	サービス種別				事業所名	
通院中医療機関	病名				病院名	
既往歴	年~					
	年~					
	年~					
主治医						
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 将来的に <input type="checkbox"/> その他（ ）					
入居希望理由						
申し込み状況		<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設に申込み中				
体験入居希望の有無		<input type="checkbox"/> 体験する <input type="checkbox"/> 体験しない 体験希望日：平成 年 月 日（ ）				
見学希望日	希望日時：平成 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分					
備考						

印は必要項目となりますので、ご記入をお願いします。なお、お預かりした個人情報をご本入居目的以外に使用することはありません。